

Choosing a GP

Litteraturstudie

Mohammed Usman Akram



Prosjektoppgave ved Det Medisinske Fakultet
Veileder: Arnstein Finset

UNIVERSITETET I OSLO

01.02.2012

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING

- 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling..... S.1
- 1.2 Fastlegeordningen..... S. 1

2.0 METODE

- 2.1 Valg av litteratur..... S. 3
- 2.2 Begrensninger til denne litteraturstudien..... S. 3
- 2.3 Kildekritikk..... S. 3

3.0 RESULTATERS. 4

- 3.1 Selvbestemmelse eller tildelt..... S. 5
- 3.2 Passive pasienter..... S. 6
- 3.3 Dyktighet versus personlige egenskaper..... S.7
- 3.4 Kultur/ Rase S.7
- 3.5 Kjønn S. 8
- 3.6 Hvilken preferanser er viktige for pasienten når en velger fastlege..... S.10

4.0 DRØFTING..... S.12

- 4.1 Selvbestemmelse eller tildelt..... S.12
- 4.2 Passive pasienter..... S.12
- 4.3 Dyktighet versus personlige egenskaper..... S.13
- 4.4 Kultur/ Rase S.13
- 4.5 Kjønn S.13
- 4.6 Alder S.14

5.0 KONKLUSJON..... S. 15

LITTERATURLIST

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling:

Det er økende mengde litteratur om pasientens valg av helsetjenester, men lite informasjonen om faktorer som påvirker valg av en fastlege. Enkelte yngre pasienter vil velge en lege som ikke er så gammel. Noen kvinner velger en kvinnelig lege fordi de syntes at enkelte problemstillinger er lettere å ta opp med kvinner. Enkelte kvier seg også når de ønsker å få utført gynekologiske undersøkelser. Hvis man ser på Nav's webside om fastlegeordningen ser man at enkelte fastleger ikke har nok pasienter på fastlegelisten sin. Dette selv om det er en lav legedekning i dette landet. Enkelte steder er det kun en lege på flere tusen innbyggere i en liten bygd. Enkelte innvandrerleger har store vansker med å fylle sin legeliste. Med voksende og eldre befolkning er vi helt avhengig av at man utnytter full legekapasitet. Hvorfor ønsker etnisk norske seg en etnisk norsk lege? Er det noen egenskaper som en innvandrerlege ikke har som en etnisk lege har? Er det også slik at pasienter med innvandrerbakgrunn ønsker å gå til en lege med samme bakgrunn? Hva var hensikten med å innføre fastlegeordningen i 2002?

1.2 Fastlegeordningen

§ 2 definerer fastlege slik: Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen. I følge § 1 er formålet med fastlegeordningen å bedre kvaliteten i allmenntjenesten ved å sikre at alle som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Hensikten med fastlegeordningen er å gi befolkningen i Norge en større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Samtidig var det et viktig mål med denne ordningen nemlig å styrke allmennlegenes rolle som koordinator for pasientene. Det var også viktig å hindre feil bruk og overforbruk av legemidler (Fugelsness, 2010). Før fastlegeordningen ble innført i Norge var det noen leger som deltok i fastlegeforsøket, og de fleste som deltok var positive og anbefalte ordningen. Disse fastlegene mente at fastlegeordningen ville medføre økt kontinuitet, ansvar og arbeidsmengde. Men det var noen som var skeptiske til ordningen og stemte i mot men det var bare en mindre tall. Ved fastlegeordningen kan legene oppleve økt ansvar og stress spesielt fordi de ikke kan kontrollere arbeidsmengden sin (Sandvik, 2003).

Kommunikasjon kan forklares som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* og betyr å gjøre

noe felles (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon består av to forskjellige symboler, det er de bevisste inntrykkene man gir fra seg ved å bruke talte ord. Og de til dels ukontrollerte inntrykkene man skaper gjennom kroppsbevegelser og reaksjoner på budskapet fra andre. Når legen er i samtale med pasienten bør han ta hensyn til handikap og alder for at kommunikasjonen skal være god. Det er viktig og blant annet å tenke på om pasienten ser dårlig, hører dårlig eller har vanskeligheter med å forstå legens språk. Den non verbale kommunikasjonen er like viktig fordi leger påvirker pasienten gjennom det. Legene bør i møte med pasientene observere pasientens kroppsspråk. Det er samtidig viktig at legene også har et behagelig kroppsspråk og bruker øyekontakt for at pasientene skal føle seg sett. Det er mange pasienter som ikke snakker mer enn det de blir spurt om. Derfor bør legene komme med åpne spørsmål slik at pasienten kan fortelle mer om sykehistorien sin (Kringlen Finset, 2006). Forskning på lege- pasient kommunikasjonen gir bevis på at effektiv kommunikasjon kan bedre pasientens tilfredshet, tilslutning til behandling og sykdommens utfall (Ferguson & Candib, 2002). I møte med legen er pasientens emosjonelle opplevelse viktig, og det påvirker pasienten holdning til legen og deres atferd i forhold til egen helse. Pasienter setter pris på den nære, lyttende og personlige lege. Det betyr mye for enkelte pasienter at de får den tiden de trenger i møtte med legen. Men det er ikke like lett for legen å fange opp hintene fra pasientene. Samtidig fra legenes side skal en god konsultasjon både være konstruktiv og effektiv. I tillegg skal det oppleves tilfredsstillende både av legen og pasienten. Det er viktig at pasienter får komme frem med sine budskap slik at disse blir hørt og forstått av legen. Det gjelder både verbal og ikke- verbal kommunikasjon. En pasient beskriver sin møtte med legen slik: «Det var godt at det var en som hørte på meg. Og så fikk jeg liksom en positiv tilbakemelding på at jeg hadde kommet. Det var veldig fint å få sagt det jeg ønsket. Legen var veldig interessert og spurte om alt mulig. Jeg blir så rolig og trygg når jeg føler at legen liksom bare ser meg. I begynnelsen tror jeg det bare rant ut av meg. Jeg vet jo at jeg må leve med det, de finner ikke ut av det. Men det å bli spurt om det, det får meg til å føle meg tatt vare på.» (Steine, Finset & Lærum, 2000).

Problemstilling:

Hvilke preferanser er viktige for pasienten når en velger fastlege?

Jeg vil gjennom denne studien finne ut om pasientene velger fastlege fra antagelser om dyktighet, pasientens oppfatning av legen, kjønn, alder, og spiller etnisitet noe rolle. Disse preferansenes betydning når pasienten får enten velge eller får tildelt lege.

2.0 METODE

2.1 Valg av litteratur

Jeg begynte med systematisk søk men fant ut at det var vanskelig å finne artikler som svarte på problemstillingen. Utfordringen med søket på engelske ord var at det fantes mange ulike key ord for min problemstilling. Jeg søkte på Pubmed med tittel "choosing a GP" hvor jeg fant 75 artikler om. Jeg leste abstraktene til de forskjellige artiklene og fikk et inntrykk av innholdet og gjorde deretter et utvalg på grunnlag av det. Det førte til at jeg endte opp med ca 5 artikler som var relevante. Jeg leste litteraturlista til de fem artiklene for å finne nye artikler. Jeg satt da igjen med 10 artikler som egner seg til denne oppgaven.

Key word: Patient choose a GP, Patients preferences for GP, GP ble byttet ut med primary care physicians (PCP). General practice, GP choice, Patient satisfaction. Consumer choice of physician

2. 2 Begrensninger til denne litteraturstudien

Denne oversikten baserer seg på kun et lite utvalg av artikler og man kan derfor ikke generalisere for mye på grunnlag av det. Man kan derimot få et innblikk i temaet og hvilke faktorer som er relevante i forskningen på choosing a GP.

2.3 Kildekritikk.

Jeg søkte for det meste på Pub Med, og vet at jeg kan stole på denne siden. Artiklene ble ikke sjekket om de var peer reviewed. Artiklene er publisert i Pubmed og derfor antar jeg at de sikkert er kvalitetssikret. Jeg søkte litt på googel og fant noen spennende artikler som passet til med problemstillingen, men var kritisk til at det var noe jeg kunne stole på. Kildekritikken skal vise at man er i stand til å være kritisk til det kildematerialet man bruker (Dalland, 2007).

3.0 RESULTATER

Hovedpoengene fra hver artikkel er listet opp i tabellen.

| Forfatter | Utvalg, setting, målinger | Design, analyse | Funn |
|---|---|--|---|
| Hsu,Schmittiel,Krupat. al.(2003 | 1090 personer >30år. Målinger av: valgmulighet av GP, tilfredshet,Tillit, beholde samme lege over lengre tid. Intervensjon: De som fikk velge en GP. Kontrollgruppe: tildelt en lege | Randomisert kontroll studie Spørreskjema, | Intervensjonsgruppen hadde samme lege etter et år(93% vs 69%) Høyere tilfredshet hos pasienter i intervensjonsgruppen som rated GP egenskaper høyere enn andre. |
| Fung,CH.,Elliott,MN. al. 2003 | 304 deltakere >18 år, og som hadde fastlege. Målingene: Bruk av PC hvor man fikk oppgitt informasjon om et par lege som klinisk dyktig vs interpersonlige egenskaper. Pasienten skulle da velge hvilken en av dem de foretrakk som sin fastlege. | Longitudinell studie Spørreskjema, | 66% valgte legen som var dyktig. 33% ville ha valgt en med interpersonlige egenskaper. Legen ble også valgt bort hvis kan kun var dyktig men ikke empatisk. |
| Schmittiel,J.,Grumbach, K., Selby. al. 2000 | | Tversnittsstudie, email studiet. 71% responsrate. | |
| Steine S., Finset A., Lærum E. (2000). | Gjennomførte seks gruppesamtaler med til sammen 31 deltakere. Dette foregikk kort tid etter pasientens siste legekonsultasjon. Hensikten var å identifisere og beskrive hvilke elementer pasienter i primærhelsetjenesten la mest vekt på ved siste legekonsultasjon. | Kvalitativt analyse Samtalene ble tatt opp på lydbånd, skrevet ut ordrett og analysert kvalitativt. | Fem temaer ble spontant diskutert i alle gruppene, hvorav interaksjonen med legen og resultatet av konsultasjonen ble vurdert som viktigst. |
| Sandvik, H. (2003). | 234 spesialister i allmenn-medisin. Kartlegge allmenn-legenes holdninger og forventninger til fastlegeordningen, samt deres erfaringer ett år etter innføringen. | Tversnittsstudiet Besvarte spørreskjema. Holdninger og erfaringer ble kartlagt ved hjelp av en visuell analog skala. | På forhånd mente legene at fastlegeordningen ville øke kontinuiteten, ansvaret og arbeidsmengden. Ett års erfaring bekreftet disse forventningene. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Saha, A., Taggart, S, H., Komaromy, M. & Bindman, A. B. (2000). | Finne ut om minoritets amerikanere velger fastlege av sin egen rase med sitt ønske eller er de fleste legene plassert der det er mest minoriteter. | Ved hjelp av data fra Commonwealth Fund 1994 National sammenlignende undersøkelse av Minority Health care. | Minoriteter søkte omsorg fra leger i sin egen rase på grunn av personlige preferanser og språk. Det skyldes ikke geografisk tilgjengelighet. |
| Ferguson, W. J., Candib, L. M. (2002). | Vurdere eksisterende bevis for etniske og rasemessige forskjeller i kvaliteten på lege-pasient kommunikasjonen og lege- pasient forholdet. | Litteraturgjennomgang. | Fant konsekvent bevis for at rase, etnisitet og språk har betydelig innflytelse på kvaliteten på lege- pasient forholdet |
| Cooper, P. L., Gallo, J.J., Gonzales, J.J., et al. (1999). | Voksne i alderen 18 til 65 år. Hvordan rase/ etnisitet og kjønn på pasienter og leger er forbundet med legers deltakende beslutningsprosesser. | Telefon undersøkelse. | Afroamerikanske pasienter vurderte deres besøk som betydelig mindre aktiv deltagende enn hvite. |
| Harris, M. K. (2003) | Et tilfeldig utvalg av personer i alderen 21 og 64 med arbeidsgiverrelaterte helsefordeler. Undersøke valgprosessen til pasientene. | Undersøkelse. Logit Modeller. | Pasientenes valg avhenger av hvor dårlig helsestatus de har og hvor ofte de er hos fastlegen. |
| Phillips, D. & Brooks, F. (1998). | Resultatene rapporteres på 881 kvinner i alderen 16- 65 år som hadde konsultert fastlegen i de siste 6 månedene. | Logistisk regresjonsanalyse. | De fleste kvinnelige pasientene ønsket seg kvinnelig fastlege. Kvinnelige pasienter som hadde mannlig fastlege ville 49 % i noen tilfeller ha samtale med kvinnelig fastlege. |

3.1 Selvbestemmelse eller tildelt lege

En studie som ble gjort i California hadde hensikt i å evaluere effekten av intervensjon for å hjelpe pasienter til å velge fastlege sammenlignet med at pasienter fikk tildelt lege. Studien ble utført i 1998 og 2000, og det var 1090 pasienter over 30 år som fikk utdelt spørreskjema.

Målet med spørreskjemaet var å vurdere oppfatninger av valg, tilfredsstillelse, tillit og beholde den samme fastlegen. Det var en webside og en telefon tilgjengelig for pasienten slik at de kunne gjennom det velge sin fastlege. Pasienter fikk en mengde informasjon gjennom webside om ulike fastleger som fastlegens kjønn, rase/ etnisitet, språk som snakkes, medisinsk skole og bosted. Det er viktig at pasienter under valgprosessen får tilstrekkelig av antall fastleger å velge mellom. Det gjør at nok informasjon for å foreta et valg blir lettere, og ikke minst føle seg styret eller ta selvstendige valg. Det har effekt på pasienttilfredshet, tillit og ha samme fastlege over lengre tid. Videre forskning er nødvendig for å identifisere pasientenes forventninger og krav til omsorg, og hvilke typer informasjon som trengs for å foreta valg (Hsu, Schmittdiel, Krupat Selby, 2003).

Norsk studiet av Hilde Lurås (2004) hadde som hensikt finne hvordan pasienten vurderer legens ferdigheter, praktiske årsaker, sammenhengende helsehjelp, eller at omstendighetene begrenset deres valg på lege. 70 % mente at det var viktig for dem å få tildelt førstevalgs lege som de hadde valgt. Studiet viste at eldre damer med dårlig helse var det veldig viktig å få selvvalgte legen.

Det er viktig å undersøke prosessen som pasienter søker, velger fastlege og behandlingen. Det har stor betydning og se forskjellen mellom pasienter som har dårlig helsestatus og de som har mindre dårlig helsestatus. Det for å få dannet et bedre bilde av hva de ulike gruppene vektlegger. Pasienter som har dårlig helse benytter av helsevesenet mer enn andre pasienter. Pasienter spiller en viktig rolle for å oppnå optimal helse. Dette gjøres aktiv og medbestemmelse i behandlingen, og lege byttes hvis omsorgen er utilfredsstillende. Pasienters rolle i utforming av helsevesenets leverings system vil utvide seg over tid. Med den nylige nedgangen av restriktive former for styrt omsorg og rask økning i tilgjengeligheten av helsetjenesters informasjon via internett (K.M. Harris, 2003).

3.2 Passive pasienter

Det ble gjort en spørreundersøkelse av et tilfeldig utvalg av personer mellom 21 og 64 år med arbeidsgiverforsikringer. Det har kommet frem at pasienter selv engasjerer seg lite når de skal velge lege, men blir i stedet avhengige av anbefalinger fra familie og venner. Pasienten er passiv forbruker og ikke rasjonell (Katherine M Harris). De fleste vil søke råd fra familie og venner når de velger en lege. I denne studien er det 51% som lytter til sine nærmeste når de velger en lege. 24 % bruker skriftlig informasjon for å velge en lege. 33 % er villig til å skifte til en annen lege som får mer skryt. Det er økende tilgjengelighet av informasjon for å vurdere

legens kvalitet. Prosessen med å velge lege aktivt medfører mindre kostnader og mindre tidsbruk. Det er foreløpig gjort lite studier som viser søkeprosessen til pasienter men har fokusert på hva legens kjønn, rase, kostnad og spesialitet har å si (K.M Harris, 2003).

3.3 Dyktighet versus personlige egenskaper

I en annen studie ser man på pasientens preferanser for en dyktig kliniker versus sosiale ferdigheter hos lege ved valg av fastlege. Det ble laget syv kort med hypotetiske individer som er PCP. To caser hvor lege har enten interpersonlige egenskaper eller dyktig lege. To tredje deler av pasientene valgte legen som var mest faglig dyktig. Studiet tyder også på at en flink lege uten interpersonlige egenskaper ble valgt bort. Studiet påpeker at legen bør være faglig sterk men også ha empatiske egenskaper. Andre faktorer som alder, kjønn, rase var ikke signifikant (Fung, Elliott, Hays, & Kahn, 2005).

3.4 Kultur/ Rase

En studie som ble gjort i USA viser hvordan forskjeller mellom leger og pasienter i rase, etnisitet og språk påvirker kvaliteten på lege- pasient forholdet. I løpet av de siste tiårene har ulikheter i helse mellom minoriteter og rasistiske grupper blitt klare. Det gjelder også forskjeller mellom omsorg, diagnostikk og behandlingstiltak. Regjeringen vil minske disse forskjellene ved at kulturell kompetanse oppnås gjennom medisinstudiene. Forskning viser at god kommunikasjon mellom lege- og pasient gjør pasient tilfreds med legen og behandling. Studien brukte litteraturgjennomgang for å vurdere forskjellen i kvaliteten på forholdet, og kommunikasjonen mellom leger- og pasienter med minoritetsbakgrunn. Det ble tatt utgangspunkt i 400 artikler, av dem var det 21 artikler som hadde fokus på kommunikasjonen. Det ble derfor brukt tospråklige leger eller profesjonelle tolk i møte med minoriteter for å overvinne språkbarrieren. Denne studien gir bevis på at rase, etnisitet og språk er med på å påvirke forholdet eller kvaliteten mellom legen og pasienten. Pasienter som kan lite engelsk vil få vanskeligheter med å forstå hensikten med behandlingen. De vil i mindre grad oppnå god informasjon fra legen. Det er vanskelig å oppmuntre pasienter til å delta i medisinske beslutninger. Derfor velger de fleste pasienter med minoritetsbakgrunn leger med samme bakgrunn. Dette for å bli tilfreds og å være involvert i beslutningsprosesser. Det er derfor viktig at leger i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn er mer effektive i å utvikle relasjoner, og bruker god kommunikasjon for å forstå dem (Ferguson & Candib, 2002).

En annen studie som ble utført i Amerika vurderer om pasienter velger fastlege av sin egen rase. Eller rett og slett velger det fordi minoritets leger blir plassert i lokalsamfunn der det er mest minoriteter. Ifølge data fra Commonwealth Fund 1994 National Comparative Survey of Minoritu Health Care viser resultater at minoriteter søker omsorg fra leger av sin egen rase. Det skyldes på grunn av personlige preferanser og språk, og ikke bare på grunn av geografisk tilgjengelighet. Minoritetsbefolkningen fortsetter å vokse og etterspørselen etter leger med minoritets bakgrunn øker. Derfor må kanskje medisinske skoler fremover ha rase som et kriterium for å starte utdanningen. Det gjør at forbrukerne får den omsorgen de ønsker. En nasjonal undersøkelse viste at selv om svarte leger utgjør bare 4 prosent av leger i USA. Tar de vare på mer enn 20 prosent av svarte pasienter i USA. Noen mener at leger som har mest pasienter med minoritetsbakgrunn bør få flere fordeler, slik at de kan gi god omsorg til pasientene. Legens rase bør ikke ha betydning men legens kvalifikasjoner bør ha betydning. Leger med minoritetsbakgrunn er mer kulturelt sensitive til sin egen rase og organiserer omsorgen ut i fra deres behov. Videre forskning bør fokusere på hva det betyr å være mer kulturelt sensitive. I tillegg å forske hvordan helsepersonell fra alle bakgrunner kan bli bedre rustet til å ta vare på ulike pasientgrupper (Saha, Taggart, Komaromy & Bindman, 2000).

En telefonundersøkelse som ble utført av 1816 voksne pasienter i Amerika mellom 18- 65 år. Målet med undersøkelsen var å se hvordan rase/ etnisitet og kjønn på pasienter og leger er forbundet med legers deltakende beslutningsprosesser. Resultater viste at pasienter med afrikansk bakgrunn vurderte deres besøk hos legen som mindre deltagende enn etnisk amerikanske pasienter. Afroamerikanske pasienter vurderte besøk med leger av sin egen rase og deres beslutninger som mer deltagende. Det var forskjell mellom pasienter ut i fra pasientens alder, kjønn, utdanning, helsestatus og lengden på pasient- lege forholdet. Pasienter av kvinnelige leger følte seg mer deltagende under legebesøket. Ved å bedre tverrkulturell kommunikasjon mellom fastleger og pasienter og gi pasienter mer tilgang til en mangfoldig gruppe av leger. Fører til mer tålmodig engasjement i omsorg, høyere nivåer av pasientens tilfredshet og bedre helseutfall (Cooper, Gallo & Gonzales et al., 1999).

3.5 Kjønn

I en studie hvor man hadde 881 kvinner mellom 16-65 så man på om de foretrakk å gå til en kvinnelig lege eller mannlig. De som kun hadde tilgang til en mannlig lege var det 42,2 % som ønsket seg kvinnelig lege. I samme gruppe var det 44,9 % som mente at det ikke spilte noe rolle med kjønn. Denne totale gruppen besto av yngre pasienter. I et legekontor hvor det

var tilgang til damer og mannlig lege ville nesten halvparten ha kvinnelige leger. Kvinner ønsker kvinnelige leger når de må utføre ulike underlivsundersøkelser. Når kvinner er deprimerte eller trenger annen veiledning trengs ikke en kvinnelig lege for å trøste (Phillips & Brooks, 1998)

Inger Cathrine Kahn forsker på legemiddelforskrivning. Resultater fra hennes forskning viser at mannlige leger med mange pasienter skriver ut mye mer legemidler. Enn mannlige kollegaer som har få pasienter. Mens kvinnelige leger skriver i gjennomsnitt omtrent samme mengde reseptbelagt medisin uavhengig av om de har mange eller få pasienter. Hun sier at mannlige leger påvirkes på en annen måte i konkurransesituasjonen og ved tidspress. Hun har en teori om at legene bruker resepter som en måte å tiltrekke seg pasienter på slik at pasientene blir på deres lister. En annen mulig forklaring er at legen kan korte konsultasjonstiden ved å avslutte konsultasjonen ved å skrive resept (Fugelsness, 2010).

En studie som ble gjort i California viser at pasientens og legens kjønn har betydning for pasientens tilfredshet. Undersøkelsen ble utført av tilfeldig valgt pasienter i alderen 35 til 85 år med en fastlege. Pasientene ble delt i fire grupper: kvinnelige pasienter av kvinnelige leger, mannlige pasienter av kvinnelige leger, kvinnelige pasienter av mannlige leger og mannlige pasienter av mannlige leger. Gruppene ble tildelt ut i fra om de hadde valgt sin lege eller hadde blitt tildelt.

Både mannlige og kvinnelige fastleger har ulik praksis. Kvinnelige leger er mest opptatt av forebyggende tjenester, spesielt til kvinnelige pasienter enn det mannlige leger er. Det er uklart hvor fornøyd pasientene er, men det viser at kvinnelige leger kommuniserer annerledes med sine pasienter enn mannlige leger. Kvinnelige leger er flinke til å diskutere livsstil og sosiale bekymringer med pasientene. De gir også medisinsk informasjon underveis. Noen studier viser at kvinner bruker mer tid med sine pasienter enn mannlige leger, men det er noen studier som ikke er enig med det. Noen forskere har spekulert at pasienter oppsøker kvinnelige leger i forvente av sensitive og empatisk omsorg. Slike forventninger øker press på kvinnelige leger i et konkurranseutsatt helsevesen som vektlegger effektivitet og kortere tid. Resultater viser at av kvinner som valgte kvinnelige leger var minst fornøyd av de fire gruppene av pasienter. Årsaken til det kan være at kvinnelige leger i denne studien ikke kan ha oppnådd kjønnsbasert omsorg som kommunikasjon, livsstil, forebygging og emosjonelle bekymringer. Kvinnene som valgte kvinnelige lege hadde større forhåpninger enn det legene kunne tilby. Mens mannlige pasienter av kvinnelige leger var mest fornøyd. Studien

konkluderer med at det viste forskjeller i pasienttilfredshet relatert til kjønn av pasienten og legen, men kan ikke fastslå årsakene til disse forskjellene (Schmittiel, Grumbach, Selby & Quesenberry, 2000).

3.6 Hvilken preferanser er viktige for pasienten når en velger fastlege

Det er viktig å ha kunnskaper om hvilke faktorer pasienter tenker på når pasienten skal velge fastlege. Tidligere fantes ikke fastlegeordningen men det var like viktig å ha kunnskaper om hvilke opplevelser pasienten hadde av legebesøket. Pasientens tilfredshet hos fastlege er nødvendig for å oppnå optimal diagnostikk og behandling (Steine, Finset & Lærum, 2000). I de siste 30 årene har man gjennom en rekke studier med ulike tilnærminger forsøkt å beskrive det som skjer under konsultasjonen. Ved å analysere interaksjonen mellom aktørene har man fått verdifull kunnskap om mønstre for atferd. Det er lite informasjon om pasientens perspektiv. Det er likevel blitt gjort forskning som viser hvor tilfreds pasienten er for å ta vare på deres synspunkter og preferanser i helsetjenesten. Det er pekt på at forskning basert på intervju eller spørreskjema om sosiale hendelser kan være vanskelig å svare for pasienten. Det skyldes fordi det ikke er lett å si noe om hva man syntes er negativt. Det kan dessuten være en tendens til at evaluerende spørsmål om for eksempel tilfredshet fører til at pasienten henter sin mening relativt langt ute i den kognitive prosessen. Det kan ha vært utsatt for både konvensjonelle og evaluerende påvirkning og bearbeiding (Steine, Finset & Lærum, 2000). Det ble gjennomført seks gruppesamtaler med 31 deltakere. Gruppesamtalene foregikk kort tid etter pasientenes siste legekonsultasjon. Samtalene ble tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut ordrett og ble analysert kvalitativt. Det var fem temaer som ble diskutert i alle gruppene, men hvorav interaksjonen med legen og resultatet av konsultasjonen ble vurdert som viktigst. Interaksjonen med legen innebærer kommunikasjon, den emosjonelle opplevelsen og det personlige forholdet til legen. Andre ting som fikk oppmerksomhet i alle gruppene var informasjon, kontinuitet og tid med legen. Det som var mindre viktig tilgjengelighet, legens kjønn, ventetid, personalet, den kliniske undersøkelsen og legens dyktighet. Et svært viktig element i konsultasjonen var knyttet til det faktiske resultatet etterpå. Pasienten forventet form av en diagnose, en henvisning eller behandling. Eller det kunne være en bekreftelse på at alt var i orden, og at besøket hadde hatt sin berettigelse. Informantene syntes det var viktig med informasjon men usikker på begrepet god informasjon. Noen syntes det var viktig med saklig kunnskap, mens andre la mest vekt på det

som kunne bidra til å ta bort bekymringer. Informantene hadde ulike meninger om hvor mye tid de skulle ha inne hos legene. Noen mente at de la stor vekt på og ikke skynde seg hos legen. Mens noen informanter mente at korte og presise konsultasjoner var bra (Steine, Finset & Lærum, 2000).

4.0 DRØFTING

4.1 Selvbestemmelse versus tildelt:

Fastlegeordningen man har i dag er mangelfull på mange måter. Ordningen legger opptil at man velger fastlege ut i fra hvem som har ledig kapasitet. Dermed er det ikke i realiteten selvbestemmelse. Pasienten begrenses geografisk og de med ledig kapasitet. Noen vil mene at de flinkeste legene får nok pasienter. Deretter har man kun mulighet for å velge blant de minst populære legene. Legelisten sier ikke noe om alderen, kjønn, utdannelse, etnisitet, personlige egenskaper til legen. Mange av disse faktorene er viktige ifølge internasjonale studier. Det er noen metoder som kan detektere enkeltfaktorer som er viktig for valg av lege.

4.2 Passive pasienter

Hvor ofte pasientene er hos fastlegen avhenger av deres helsestatus. Er det like viktig for alle pasienter å ha en fastlege som de føler seg trygg eller deltakende hos? Funn tyder på at pasienter som er hos fastlegen ofte er aktiv på å finne den legen som passer en. Mens noen pasienter vil søke råd fra familie og venner når de velger en lege. Hvis mange rådfører seg med familien er det nødvendig med skriftlig informasjon om legenes egenskaper? Skal man heller la pasientene bare velge lege og hvis de ikke blir fornøyde kan lege skiftes.

Hovedgrunnen til at pasientene rådfører med beskjente fordi det er manglende pålitelig informasjon. Man kan sikkert google enkelte leger for å bedømme legens rykte. Opplysninger som finnes på google kan være misvisende og trenger ikke være sanne. Det er problematisk når pasienten har lite informasjon ved valg av lege (Harris, 2003). Salisbury(1989) fant at 74 % av pasientene mente at det var lett å finne om legenes praksis før de registrerte seg. Av disse pasientene hadde 40 % ikke snakket med noen andre om denne informasjonen før de valgte lege. Pasienten vil ikke bruke sin kunnskap om legene og derfor ønsker erfaring når man møter en lege. Dermed må pasienten prøve å feile og finne den rette legen pasienten er fornøyd med. Noen mener at fastlegeordningen fungerer. Argumentene som blir brukt fra statistikk fra helsedirektoratet. Tallene for 2010 var at 287 000 som byttet fastlege fordi man var misfornøyd. Denne statistikken kan endres når eldrebølgen kommer. Da vil eldre oppsøke legene oftere slik at tallet på byttere øker. Et slikt bytte er ressurskrevende og senker kontinuerlig helse.

4.3 Dyktighet versus personlige egenskaper

I følge studiet utført av (Fung, Elliott, Hays, & Kahn, 2005) synes pasientene at det er viktig med en dyktig lege fremfor at legen har andre egenskaper. Hvem er det som skal bedømme disse faktorene vedrørende hvor flink legen er kunnskapsmessig? Har pasienten kompetanse for å vurdere legens kunnskapsnivå? Studiet hvor man ser faglig dyktighet versus interpersonlige egenskaper har noe begrensning. Deltagerne får utdelt kort med informasjon om de to legestereotypene. Disse kortene er laget ut fra hypotetisk forhold i laboratoriet. Hvor pålitelig er informasjonen og er resultatet reproduserbart i de virkelige klinikkene. Dermed kan man diskutere om kvinnelige leger er de som er mest opptatt av interpersonlige forhold mens mannlige leger ønsker å fremstå som faglige sterke.

4.4 Kultur/ Rase

Har hudfarge/ etnisitet noe å si for hvor flink en fastlege er? Det er mange studier som bekrefter at etnisitet spiller en viktig rolle når pasientene er i valgprosessen. Det er feil å dømme legens dyktighet ut i fra hans etnisitet. Hvorfor velger pasienter med minoritets bakgrunn fastleger fra enge land ? Det er mange pasienter som sliter med språket og føler seg mer ivaretatt hos de som forstår samme språk. Men hva med de som forstår det norske språket? Hva er grunnen til deres valg, tenker de at leger med samme bakgrunn er snill mot dem? Hvis man ser på etnisk norske pasienter, hvorfor foretrekker de etnisk norske leger? Det er mange fastleger, spesielt med minoritets bakgrunn som reiser til andre land for å få legeutdanningen. Det gjør at mange pasienter blir negative eller forsiktige til disse legene. Det er vanskelig å avgjøre om noe kan generaliseres, studiene ble utført i USA. Mange av Amerikan- Afrikan pasienter har ikke helseforsikringer som gjør at de drar ofte til legen. En annen faktor er at Afrikansk Amerikaner besøkte mindre hvite Amerikanske leger.

4.5 Kjønn

Det er mange studier som har fokus på at fastlegens kjønn spiller en god rolle for pasientene. Hva er årsaken til det? Forskjellige artikler tyder på at pasientens kjønn har mye å si for hvilke valg pasienten tar. Det er en del kvinnelige pasienter som heller vil foretrekke kvinnelig lege på grunn av enkelte problemstillinger/ undersøkelser. Hvis man har et kontor med leger av begge kjønn hvor man kan gi valgmuligheter for kvinner som trenger underlivsundersøkelse som kan gjøres av samme kjønn? Det vil være uheldig at det kun utføres av kvinne fordi det bidrar til dårligere fagkunnskaper hos mannlige leger. Hva med

menn? Spiller det noe rolle for dem om de velger en mannlig eller kvinnelig fastlege? Forskningen støtter at fastlegenes kjønn spiller en viktig rolle fordi begge kjønnene oppfører seg ulikt. Kvinner er mer flinke med kommunikasjonsferdigheter enn det menn er. Mens menn er mer flinke til praktiske ferdigheter. Under konsultasjonen vil de fleste kvinnelige legene spørre spørsmål og lytte aktivt til pasientene, slik at pasienten føler seg delaktig. Pasientens personlighet har mye å si for hvilke valg de tar. Noen pasienter liker å ha oppmerksomheten mens andre liker å være passive. Samtidig må man tenke at pasientens sykdom kan ha mye å si for hva slags omsorg som passer pasienten. De fleste studiene i denne oppsummeringen har en bias i sin populasjon. Det er slik at de fleste studiene er kvinner og menn skjevfordelt. Det bidrar til å gi misvisende resultater ettersom kvinner representerer 50-70 % av de undersøkte.

4.6 Alder

Det er ikke så mange studier som sier noe om fastlegens alder spiller noe rolle for pasienten. En enkeltstudie antyder at fastlegens alder kan ha betydning under valgprosessen. Pasienten kan tenke eller vurdere at fastleger som er eldre har mer erfaring enn unge leger. Derfor kan de mene at leger som er eldre er mer flinke enn unge/ nyutdannet leger. En annen synspunkt er at noen pasienter tenke at unge leger kan mer enn de eldre legene. Er det fordi unge leger er nye og reflekterer mer på sin praksis enn eldre leger? Ellers kan det skyldes at pasientene tenker at unge leger er mer oppdatert i den nye forskningen. Det er deres ansvar å delta i kurs hvis det dukker opp problemstillinger som er ukjente for dem. Samtidig vil de fleste pasientene ha en lege som de kan ha over lengre tid. Det er mange eldre som ikke har lege igjen til de går av med pensjon, derfor foretrekker pasientene ikke dem. Hva med unge leger som har planer om spesialisering, hvordan skal pasientene få vite at de har samme lege over lengre tid? Pasientens egen alder avgjør hvor gammel lege pasienten velger som sin fastlege. I noen tilfeller kan noen unge pasienter syntes at det er flaut å gå til leger som er unge og diskutere sine personlige saker

5.0 KONKLUSJON

En bedre forståelse av faktorer som er viktige for pasienter som velger en lege kan gi nyttig informasjon. De fleste studiene konkluderer med at når pasienten får velge gir høyre tilfredshet enn når man får tildelt en lege. Alle enkeltfaktorer som kjønn, alder, dyktighet, etnisitet og personlige egenskaper spiller en viktig rolle. Etnisitet spiller en stor rolle når pasienten har problemer med språket og kulturelle barrierer. Dette kan unngås med trening på kommunikasjon og møte andre kulturer i legestudiet. Hensikten med at staten lar pasienten bestemme er for å øke kvaliteten på tjeneste og at dette bidrar til lavere kostnader. Gode forbrukere er de som vurderer kvaliteten på helsehjelp, som har evnen til å shoppe rundt for å få best helsehjelp for seg selv og sine i form av lave kostnader og kvalitet.

I valgprosessen kommer det fram ca 50-70 % henter informasjon om legen fra familie og nærmeste. Dermed må pasienten stole på nærmeste sine preferanser uten muligheten for å sjekke om informasjonen er riktig. I Norge har man et system som lar pasienten velge en fastlege ut i fra ledig kapasitet. Denne ordningen mener jeg er mangelfull og kan videre forbedres ved at forbrukeren får mer informasjon om legen. En mulig løsning vil være at det innføres system som online health plan report cards. Det bidrar til at man finner en lege som kan være fornøyd med. Dermed unngår man flere bytter leger og misfornøyde pasienter. Denne evalueringsmetoden vil bidra til at legene vil lytte mer til forbrukere enn tidligere. Det vil bidra til fastleger gjør seg mer attraktive til pasienten. De som klarer å forstå hva som er viktig for pasienten vil øke sine lister, og belønnes økonomisk av staten.

LITTERATURLISTE:

- Dalland. O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning og etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Steine S., Finset A., Lærum E. (2000). Hva er viktig for pasienten i møtet Med allmennpraktikeren? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120(3), 349-353
- Forskrift om fastlegeordningen i kommune (2000) Hentet den 12/10-11 fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html>
- Mer medisiner fra travle leger. Hentet den 12/10-11 fra: <http://www.forskning.no/artikler/2010/mars/245758>
- Sandvik, H. *Fastlegeordningen- forventninger og erfaringer*. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:1319-21.
- Ferguson, W. J., Candib, L. M. *Culture, language, and the doctor- patient relationship*. Fam Med 2002;34(5):353-61.
- Kringlen, E., Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen. – kommunikasjon og pasientbehandling*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Cooper, P. L., Gallo, J.J., Gonzales, J.J., et al. *Race, gender, and partnership in the patient- physician relationship*. JAMA. 1999;282:583-589.
- Harris, M. K. *How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment- related health plans*. Health Serv Res. 2003; 38(2):71-732.
- Hsu, J., Schmittdiel, J., Krupat, E. & Selby, J. *Patient choice. A randomized controlled trial of provider selection*. J Gen Intern Med. 2003, 18(5): 319-325.
- Saha, A., Taggart, S. H., Komaromy, M. & Bindman, A. B. *Do patients choose physicians of their own race?* Health Affairs, 19, no 4 (2000) 76-83.
- Schmittdiel, J., Grumbach, K., Selby, J. V. & Quesenberry, C. P. *Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices*. Journal of general internal medicine. Volume 15, Issue 11 (2000) 761-769).
- Fung, CH., Elliott, MN., Hays, RD., Kahn KL., Kanouse, DE., McGlynn EA., Spranca, MD & Shekelle, PG. *Patients preferences for technical versus interpersonal*

quality when selecting a primary care physician. Health Serv Res. 2005; 40(4):957-77. USA.

- Phillips, D. & Brooks, F. *Women patients preferences for female or male GPs.* Family practice. Oxford University. 1998; 15:543-547.
- Lurås, H. *Choosing a GP.* 2004:13. Department of Health Management and Health Economics.